

Katamnesen nach Suizidversuch

Hinweise für die Behandlung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

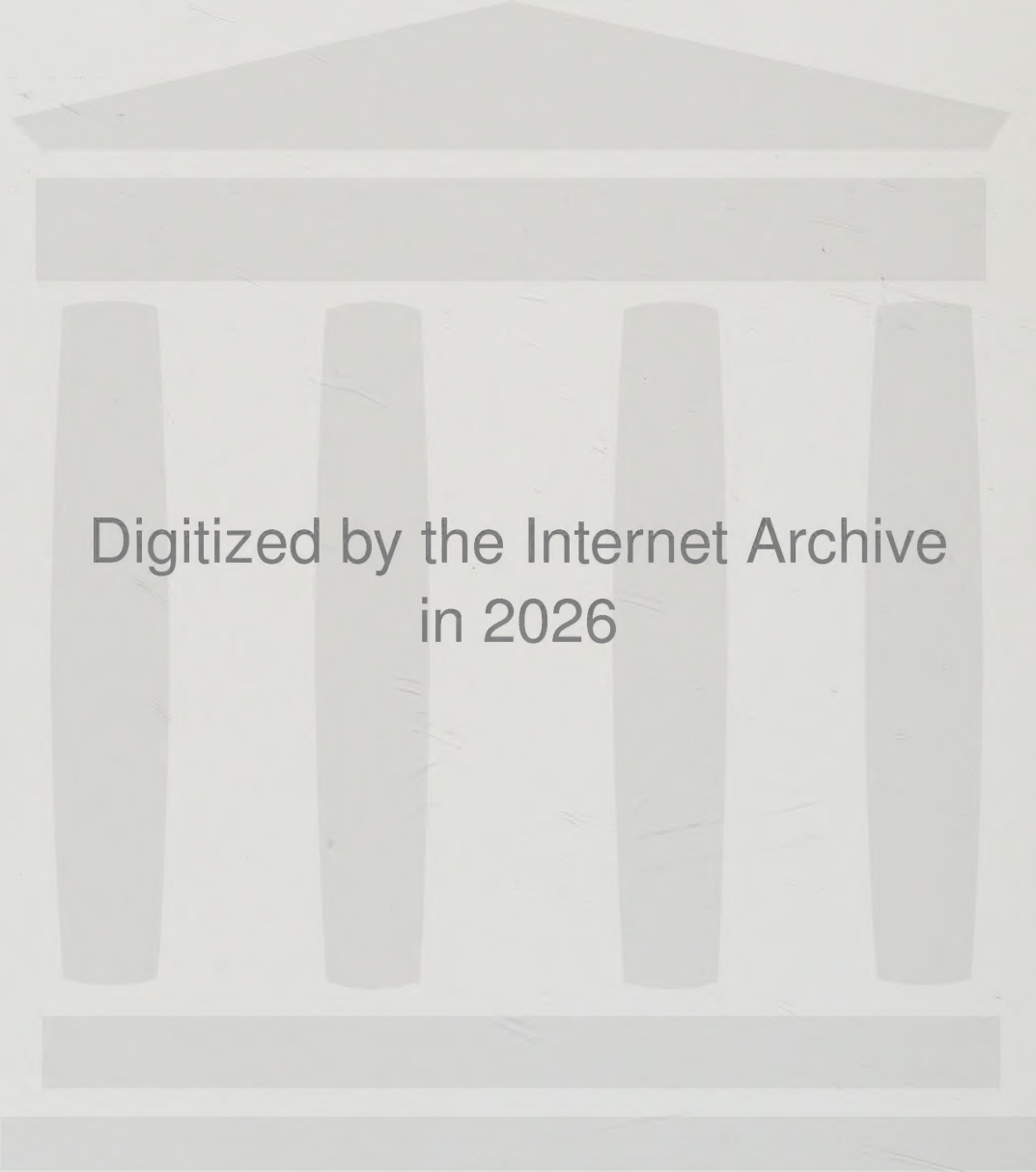
vorgelegt von

Toni Hofmann

von Zürich und Stein AG

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. H. Kind

Zürich 1971 1



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507220_0048

Katamnesen nach Suizidversuch

Hinweise für die Behandlung

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von

Toni Hofmann

von Zürich und Stein AG

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. H. Kind

Zürich 1971



80 Katamnesen von Patienten, die 1962 wegen eines Suizidversuches in der Medizinischen Universitätsklinik des Kantonsspitals Zürich hospitalisiert waren.

Katamnesen nach Suizidversuch — Hinweise für die Behandlung

T. Hofmann

I. Einleitung und Fragestellung

Wir massen uns nicht an, etwas grundlegend Neues aussagen zu wollen über die Phänomene Suizid, Suizidversuch und über die Menschen, die Suizidhandlungen begehen. Wir wollen auch keinen Ueberblick geben über das, was man bereits weiss und worüber zusammenfassende Ausführungen z. B. von *Pöldinger* (5), *Ringel* (6), *Schneider* (8), *Stengel* (9) u. a. berichten. Bereits 1952 wies *Stengel* auf die neben der Selbsttötungstendenz jeder Suizidhandlung innewohnende Appellfunktion hin. Immer mehr konnte in der Folgezeit herausgearbeitet werden, dass Suizidhandlungen in manchen Fällen so lange wiederholt werden müssen, bis eine weiterführende Veränderung — innerseelisch oder in der Umgebung — stattfindet, wobei bei ungehört verhallenden Appellationen die Lebensgefährdung zunimmt. *Rüegsegger* (7) stiess u. a. auf diesen Sachverhalt bei Katamnesen von Patienten, die nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik aufgenommen worden waren.

Wir machten es uns zur Aufgabe, dieser Komponente von Suizidhandlungen selber nachzugehen. Vor allem beschäftigte uns die brennende Frage, ob sich im Licht des weiteren Schicksals von Patienten, die nach einem Suizidversuch wohl in einem Allgemeinspital, nicht aber in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert wurden, Hinweise auf eine möglichst adäquate Behandlung solcher Menschen ergäben. Diese Fragestellung erscheint uns u. a. auch deshalb wichtig, weil der Anteil der ausschliesslich vom Hausarzt und im Allgemeinspital behandelten Suizidversuchpatienten gegenüber den psychiatrisch hospitalisierten unverhältnismässig grösser ist. Ebenso ist der Anteil der Patienten, bei denen es nach einem Suizidversuch zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung kommt, aus verschiedenen Gründen verschwindend klein.

II. Erfassung des Ausgangspatientengutes*

Gerne hätten wir alle in einem gewissen Zeitraum auf sämtlichen Abteilungen des Kantonsspitals Zürich wegen

eines Suizidversuches hospitalisierten Patienten erfasst. Aus registratur- und archivtechnischen Gründen mussten wir uns auf eine Stichprobe von Patienten, die in der Medizinischen Universitätsklinik des Kantonsspitals Zürich hospitalisiert waren, beschränken. In unserem Krankengut fehlen Patienten, die in der Chirurgischen Klinik hospitalisiert wurden und Patienten, die nach kurzer ambulanter Konsultation auf der Notfallstation oder der Medizinischen Poliklinik wieder heimgeschickt wurden. Nach dieser Beschränkung auf die Medizinische Klinik gelang es uns, im Zeitraum zwischen 1. Januar 1962 und 30. April 1962 lückenlos alle damals wegen eines Suizidversuches aufgenommenen Patienten zu erfassen.

Es war dies insofern keine einfache Arbeit, weil in der Diagnosenkartothek der Medizinischen Klinik keine Diagnose «Suizidversuch» existiert. Suizidversuche sind unter Intoxikationen, Submersio und dergleichen eingereiht. Es blieb uns deshalb nichts anderes übrig, als die einzelnen Krankengeschichten auf stattgefundene Suizidversuche durchzugehen.

Nicht mitgezählt haben wir Selbstschädigungen ohne eruierbare suizidale Absicht: drei schwangere Frauen, die versucht hatten, ihre Frucht durch Einnahme von im Volk als gängig geltender Mittel abzutreiben, zwei Elektrounfälle und ein Gasunfall. Interessanterweise wurde ein später unter unsere Kriterien fallender Patient zuerst mit einer alleinigen Alkoholintoxikation eingewiesen; er blieb nur über Nacht und es wurde nur eine Routineuntersuchung durchgeführt, worauf er dann aber einige Wochen später mit einem eindeutigen, wenn auch relativ harmlosen Suizidversuch wieder aufgenommen werden musste. Einen weiteren Patienten mit blossen Alkoholrausch berücksichtigten wir nicht.

Bei total 1287 Aufnahmen in die Medizinische Klinik vom 1. 1. 62 bis 30. 4. 62 wurden 103 Patienten wegen der Folgen einer Selbstmordhandlung aufgenommen (8% aller Aufnahmen der Medizinischen Klinik des Kantonsspitals Zürich in jenem Zeitraum). Vier von die-

* Die Arbeit wurde noch unter der Direktion von Prof. P. H. Rossier, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Zürich, begonnen. Ihm und seinen Nachfolgern Prof. P. Frick und Prof. A. Labhart sei für die Ueberlassung der Krankengeschichten und die Unterstützung der Arbeit verbindlich gedankt.

sen 103 starben in der Klinik an den Folgen der Suizidhandlung.

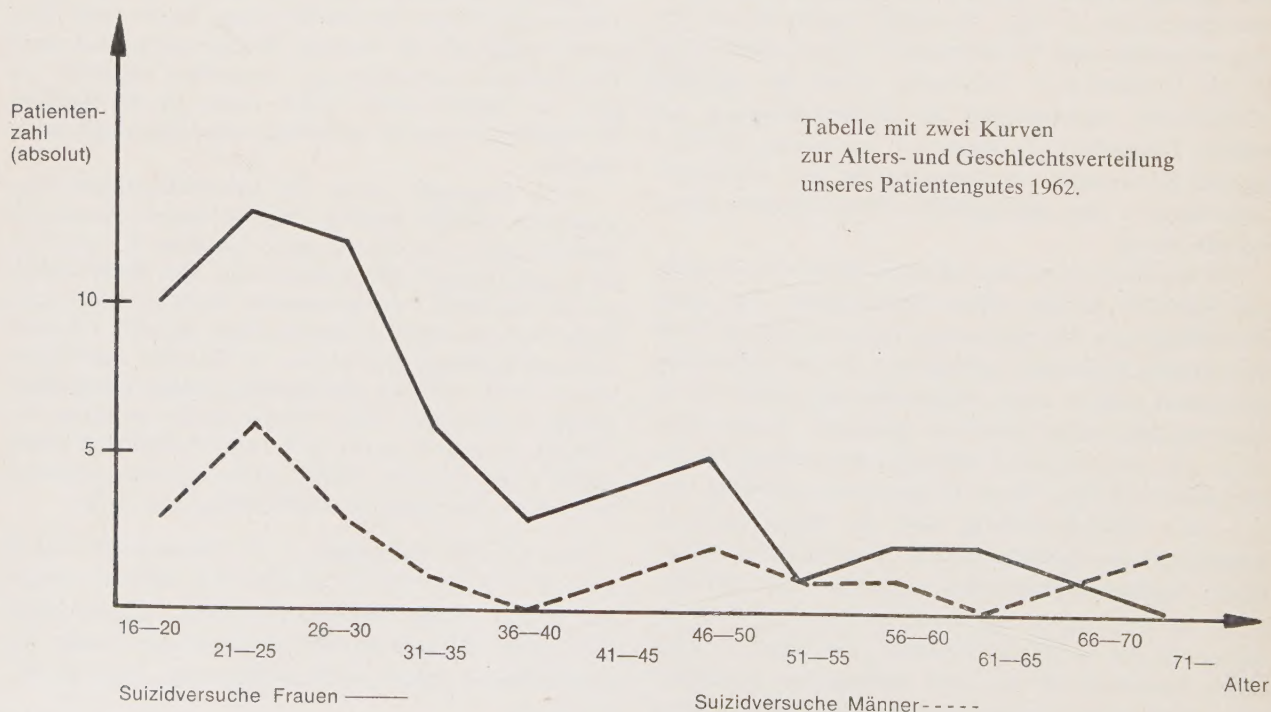
Von den 99 ihre Suizidhandlung überlebenden Patienten dieser vier Monate wurden 19 in eine psychiatrische Klinik eingewiesen.

In einem Fall eines schizophrenen Patienten, den wir dieser Kategorie zurechneten, lief der Patient allerdings vorerst aus dem Spital zu den Angehörigen zurück, die den ärztlichen Rat zur Einweisung nicht annahmen. Wenige Tage darauf «fiel» der Patient zuhause aus dem Fenster, worauf es nach Behandlung der nun schweren körperlichen Schädigung zur psychiatrischen Hospitalisierung kam.

Wir erhielten so ein Ausgangskrankengut von 80 Patienten, die eine Suizidhandlung begangen hatten, welche Anlass gab zur Hospitalisierung auf der Medizinischen Klinik des Kantonsspitals Zürich, von wo die Patienten aber ohne Einweisung in eine psychiatrische Klinik wieder entlassen wurden.

III. Charakterisierung unseres Ausgangspatientengutes im Jahre 1962

Ueber die *Alters- und Geschlechtsverteilung* gibt die beigefügte Tabelle mit zwei Kurven Auskunft. Auch wenn wir unsere absoluten Zahlen umgerechnet hätten auf 100 000 des betreffenden Geschlechtes und der betreffenden Altersgruppen in der Durchschnittsbevölkerung, so ist sicher bis zum 50. Lebensjahr das quantitative Ueberwiegen der Frauen eindeutig.



Erwartungsgemäss überwiegen bei den angewendeten *Methoden des Suizidversuches* die Tabletten, vor allem Schlaftabletten, rezeptpflichtige und häufiger damals nicht rezeptpflichtige, häufig wurden aber auch andere Medikamente benützt oder mitbenützt. In einigen Fällen hatten

sich die Patienten daneben auch Schnittverletzungen beigebracht, in mehreren Fällen wurde zusätzlich Alkohol getrunken, bei vier unserer 80 Patienten handelte es sich um eine Vergiftung mit dem 1962 in Zürich noch nicht entgifteten Kochgas.

Es fanden sich alle Grade der *Selbsttötungsabsicht und Gefährlichkeit des Suizidversuches*, wobei anerkanntermassen keine einfache Beziehung besteht, weder zwischen vom Patient geäußter und objektiv zu vermutender Selbsttötungsabsicht, noch zwischen Selbsttötungsabsicht und schliesslich zustande gekommener Selbstschädigung. Mit gutem Grund bezogen wir selbstverständlich auch die — allerdings wenigen — Fälle in unsere Untersuchung mit ein, bei denen der Patient im Spital eine Suizidabsicht negierte, die Umgebung des Patienten aber der Ueberzeugung war, dass ein Suizidversuch vorliege. Gemessen am Grad der voraussichtlichen Lebensgefährdung, die diese Handlung bedeutete, liessen sich 14 Suizidversuche als sehr gefährlich bis gefährlich, 19 relativ gefährlich, 41 relativ harmlos, 6 harmlos einstufen.

Anlass zum Suizidversuch gaben vor allem Schwierigkeiten in Liebe und Ehe, bei Jugendlichen oft Schwierigkeiten mit den Eltern und Vorgesetzten. Andere Motive waren zahlenmässig weniger häufig. Oft bestanden gleichzeitig mehrere Probleme. Schwierigkeiten in mitmenschlichen Beziehungen überwogen bei weitem.

Frühere Suizidversuche

In zwölf Fällen war es bereits früher einmal zu einem Suizidversuch gekommen, in drei Fällen waren zwei Suizidversuche vorausgegangen, in drei Fällen mindestens drei oder mehr. Bei sieben Patienten war es schon einmal zu Suiziddrohungen gekommen, zwei Patienten hatten sehr oft

mit Suizid gedroht. Bei 18 von unseren 80 Patienten waren somit manifeste Suizidhandlungen vorausgegangen, in neun zusätzlichen Fällen Suizidäusserungen. Fünf unserer Patienten waren wegen eines solchen vorgängigen Suizidversuches bereits in einem Allgemeinspital hospitalisiert gewesen, vier in

einer psychiatrischen Klinik (zwei schwer Süchtige, eine debile, hysterische Patientin und eine debile, infantile, haltlose Patientin mit Suiziddrohungen bei unehelicher Gravidität).

Während des Spitalaufenthaltes im Jahre 1962 getroffene Massnahmen

33 unserer 80 Patienten blieben nicht länger als einen Tag hospitalisiert; 13 zwei Tage, 12 drei Tage, 22 blieben mehr als drei Tage. Bei 25 von 80 Patienten war ein psychiatrisches Konsilium durch die Psychiatrische Poliklinik veranlasst worden, wobei es meist bei einer einmaligen Unterredung blieb.

Auf Grund der damaligen Krankengeschichten der Medizinischen Klinik geht nicht hervor, ob einigen wenigen oder vielen Patienten der Rat gegeben wurde, sie sollten nach der Entlassung oder bei neuen Schwierigkeiten selber einen privaten Psychiater oder die Psychiatrische Poliklinik aufzusuchen. In einer Krankengeschichte ist vermerkt, dass zu einer Ehetherapie geraten wurde.

Mangels diesbezüglicher Einträge bleibt auch offen, in wie vielen Fällen ein Gespräch mit Angehörigen zustande kam. In den meisten Fällen scheint aber doch ein — wenn auch meist sehr kurzes und oft telephonisches — Gespräch zwischen dem Abteilungsarzt und einer oder mehreren Beziehungspersonen des Patienten stattgefunden zu haben.

Umschriebene Massnahmen wurden bei sechs Patienten unternommen: dem bereits einmal erwähnten, 1962 erneut unehelich schwangeren debilen, haltlosen, infantilen Mädchen wurde neben eingeleiteter «freiwilliger» Entmündigung durch die Spitalfürsorgerin eine Stelle vermittelt, wo die Patientin als Hauschwangere eintreten konnte; einem anderen jungen Mädchen wurde von der Fürsorgerin gegenüber den «unvernünftigen» Eltern beigegeben; einer in Scheidung stehenden Frau wurde ein Erholungsaufenthalt vermittelt; bei einer in Konflikt mit Schwiegersohn und Tochter geratenen älteren Frau sorgten Oberschwester und Fürsorgerin für eine Aenderung in der Wohnkonstellation; einer durch ihre Sucht körperlich schwer geschädigten Patientin wurden die ärztlichen Hausbesuche, deren weitere Bezahlung von der Krankenkasse abgelehnt worden war, nach einem erklärenden Arztzeugnis in einem gewissen Rahmen wieder zugebilligt; ein psychoorganisch veränderter affektlabiler Greis, dessen Suizidversuch in Zusammenhang stand mit einer Vorladung vor den Untersuchungsrichter, erhielt einen Dispens; dem Bruder einer Patientin — die beiden hatten vor einem halben Jahr ihre Mutter durch einen Suizid verloren — wurde ein Zeugnis ausgestellt, das ermöglichte, dass er seinen militärischen Wiederholungskurs verschieben und mit der Patientin in die Ferien gehen und sie betreuen konnte.

Was die andern Fälle betrifft, so findet man in den Krankengeschichten zumeist Einträge, dass der Patient glaubhaft äussere, keine weiteren Suizidabsichten mehr zu haben, worauf dann die Entlassung erfolgte. In der Mehrzahl der Fälle geht aus der Krankengeschichte her-

vor, dass der Patient von einer wichtigen Beziehungsperson im Spital abgeholt wurde.

Voller Fragen machten wir uns an die Nachuntersuchung: wie viele Patienten würden wir noch lebend antreffen? Würde sich zeigen, dass die vielen jungen Patienten weiterhin bei jeder Gelegenheit ihre Umgebung mit Suiziddrohungen unter Druck setzten?

IV. Methodik der katamnestischen Nachuntersuchung

Nachdem wir mit mehr oder weniger Mühe die jetzige Adresse unserer Exploranden ausfindig gemacht hatten, schrieben wir an jeden Patienten einen persönlich gehaltenen Brief, worin wir unser Interesse an seinem weiteren Schicksal kundtaten und darlegten, dass für unsere Fragestellung eine persönliche Unterredung notwendig sei. Wir bekamen in etwa einem Drittel unserer Fälle eine Rückantwort. Bei den restlichen zwei Dritteln schrieben wir teilweise ein zweites Mal, teils setzten wir uns direkt telephonisch mit den Betreffenden in Verbindung. Wir überliessen es den Patienten, ob sie zu einer Unterredung in die Poliklinik kommen wollten oder ob wir sie zu Hause aufsuchen sollten.

Da wir von Fragebogen wenig halten und ebensowenig von Antworten, die auf im luftleeren Raum gestellte Fragen ohne den Hintergrund einer Vertrauensbeziehung erfolgen, kam für uns nur die Technik der ausführlichen klinisch-psychiatrischen Exploration durch das Gespräch in Frage.

Vierzig Patienten konnten wir in einer persönlichen Unterredung von eineinhalb bis zwei Stunden nachuntersuchen. Bei neun Patienten kam es zu einem meist längeren Telefongespräch, wobei uns teils zusätzliche Akten zur Verfügung standen. Bei siebzehn Patienten, ferner bei den vier verstorbenen und den drei suizidierten telephonierten wir mit Angehörigen und nahmen Einsicht in ausführliche Krankengeschichten und andere Akten. Bei fünf Patienten, nämlich 4 Ausländern und einer im Ausland verheirateten Welschschweizerin, konnten wir lediglich erfahren, dass sie noch leben, zum Teil, dass sie jetzt verheiratet sind und Kinder haben. — Bei den zwei restlichen Patienten — einem Deutschen und einem Ungarn — verlieren sich die Spuren nach eineinhalb resp. zweieinhalb Jahren. Es gibt aber mehr Hinweise dafür, dass sie noch leben, als dass sie sich umgebracht hätten.

V. Ergebnisse der Nachuntersuchungen

1. Ueberleben, Suizidtod, natürlicher Tod

Bei 78 unserer 80 Suizidversuch-Patienten aus dem Jahre 1962 konnten wir 1970 mit Sicherheit feststellen, ob sie noch leben, ob sie eines natürlichen Todes gestorben sind oder ob sie sich umgebracht haben:

Drei von 78 haben sich suizidiert. Vier starben eines mit Sicherheit natürlichen Todes. 71 der 78 leben noch.

2. Günstige und ungünstige Persönlichkeitsentwicklung

Bei sieben von unseren achtzig Patienten wissen wir zu wenig, um über das blosse Ueberleben hinaus die Frage nach günstiger oder ungünstiger Entwicklung beantworten zu können.

a) 33 der 73 uns gut bekannt gewordenen Patienten haben eine günstige oder sogar *sehr günstige Entwicklung* genommen.

Kriterien dafür sind ihr seelisches Wohlbefinden, Freiheit von einschränkenden Krankheitssymptomen, volle Arbeits- und gute Genussfähigkeit, Fähigkeit zu mitmenschlichen Beziehungen und die Fähigkeit zu einer sinnvollen Gestaltung ihres Lebens im Rahmen ihrer Möglichkeiten überhaupt. Diese Menschen konnten glaubhaft sagen, dass sie zufrieden oder gar glücklich seien und ein sinnvolles, erfülltes Leben hätten.

Bei zwölf Exploranden dieser Gruppe können wir von einer sehr günstigen Entwicklung sprechen. Bei 21 ist diese oder jene Lebensschwierigkeit nachweisbar — begründet in der eigenen Persönlichkeit, in gegebenen Umweltbedingungen oder in entsprechenden Wechselwirkungen —, wobei aber die Betroffenen sich in ihrer Lebenssituation zurechtgefunden und bestens eingerichtet haben.

Viele Exploranden dieser Gruppe wiesen darauf hin, dass sie zur Zeit ihres Suizidversuches noch jung gewesen seien und damals eine Kurzschlusshandlung begangen hätten. Als Zeichen der erfolgten Reifung fiel auf, dass praktisch alle Exploranden dieser Gruppe erstaunlich selbstkritisch und offen die damaligen Krisensituation schilderten. In den meisten Fällen wurde auch spontan berichtet, dass nach dem Suizidversuch ein Aufschwung erfolgt sei, und zwar nicht selten unmittelbar nach dem Aufwachen im Spital. Viele erzählten von sich aus, dass nach dem Suizidversuch die Einstellung der Umgebung sich ihnen gegenüber günstig verändert habe, bei andern konnte durch Fragen eindeutig festgestellt werden, dass die Umgebung verständiger geworden war.

Diese Gruppe von seelisch doch recht gesunden bis völlig gesunden Menschen bildet mit 33 von 73 einen beachtlich hohen Anteil.

b) Bei weiteren 23 Patienten können wir immerhin noch eine *relativ günstige Entwicklung* feststellen. Diese Menschen sind arbeitsfähig; viele unter ihnen sind zufrieden. Es handelt sich aber nicht um völlig gereifte, seelisch gesunde Personen, sondern es bestehen mehr oder weniger deutliche Auffälligkeiten der Persönlichkeit und der mitmenschlichen Beziehungen. In dieser Gruppe finden sich hysterische Charakterstrukturen, psychopathische Züge, Unreifemerkmale und neurotische Entwicklungen. Immerhin haben die Patienten dieser Gruppe meist ein Arrangement in ihren mitmenschlichen Beziehungen gefunden, so in auffälligen Partnerwahlen, indem z. B. innerlich weiche, labile Männer dominierende Frauen geheiratet hatten. Zu dieser Gruppe zählten wir aber nur kompensierte, arbeitsfähige Patienten, die, wenn auch in einer merkwürdigen, so doch funktionierenden Partnerbeziehung leben. — Dieser Gruppe rechneten wir auch die Fälle zu, bei denen zeitweise leichte neurotische oder psychosomatische Symptome auftraten; so den Fall einer jungen Frau, die, äusserlich als Hausfrau, Ehefrau und Mutter gut funktionierend, doch gelegentlich unter nächtlichen Herz-

ängsten leidet. Diese junge Frau hat als Schutz gegen ihre sie bedrohende Triebhaftigkeit und latente Haltlosigkeit einen sehr soliden, aber trockenen Mann geheiratet, der ihr und ihrem unehelichen Kind wohl Sicherheit und Geborgenheit gibt, den sie aber nicht liebt und bei dem sie sich sexuell nicht befriedigt fühlt. — Zu diesen relativ günstigen Entwicklungen können wir auch einen Patienten zählen, der damals in einer Involutionsdepression einen Suizidversuch beging, in der Folge antidepressiv behandelt wurde und der, nachdem eine drei Jahre später erfolgte erneute depressive Phase unter sofortiger ambulanter antidepressiver Medikation rasch abgeklungen war, dann ohne weiteren Suizidversuch an den Folgen einer Operation starb. Ebenso gehört hieher der bereits erwähnte affektlabile Greis, der, nachdem er noch sieben Jahre ruhig und ohne weiteren Suizidversuch gelebt hatte, an einer Apoplexie starb.

c) In neun Fällen fanden wir eine *ungünstige Entwicklung*. Neben den drei Patienten, die sich umbrachten, zählen wir folgende sechs Exploranden zu dieser Gruppe: ein Süchtiger, der weiterhin und bis heute oft Selbstmordgedanken hat und schwer vereinsamt ist; zwei schwer neurotische Frauen, die in ihrer Neurose innerlich schwer gequält und zerrissen sind; eine Frau, die in der Folge immer mehr vereinsamte und die nun wegen schwerer psychosomatischer Symptome invalid ist; ein österreichischer Gastarbeiter, der in einen zunehmenden Alkoholmissbrauch hineingeriet, einen schweren, selbstverschuldeten Autounfall hatte und deshalb auch ins Gefängnis musste; er scheint jetzt psychosomatisch krank zu sein. Ferner gehört zu dieser Gruppe eine innerlich schwer unzufriedene, zu depressiven Verstimmungen neigende Patientin mit Kleinwuchs nach Pubertas praecox, die auch nach 1962 gehäuft appellative Suizidversuche beging, und die zurzeit psychiatrisch hospitalisiert ist.

d) *Nicht einfach einzuordnen* sind acht Patienten, bei denen es zwar in der unmittelbar an den Suizidversuch anschliessenden Zeit relativ gut ging, deren weitere Entwicklung aber vor allem von der eigenen Gesetzen folgenden Grundkrankheit bestimmt wurde:

Diagnostisch finden wir darunter eine Defektschizophrenie, eine Mischpsychose, eine endogene Depression, zwei schwere Toxikomanien, eine schwere Neurose mit Zwängen und Anorexie, eine Deбилität mit schwerster psychogener Atemstörung und hysterischem Syndrom. — Es bleibt noch der Fall eines damals 67jährigen Mannes, der bei rascher Leistungsabnahme eine schwerste körperliche Erkrankung vorausahnte, einen Suizidversuch beging, sich davon wieder gut erholte, um dann wenige Wochen später ruhig am dann tatsächlich festgestellten körperlichen Leiden zu sterben.

3. Fälle mit später wiederholten Suizidversuchen

Bei den drei in unserem Krankengut vorkommenden Suiziden war es bei zwei Patienten vorgängig zu einem bzw. zu zwei weiteren Suizidversuchen gekommen. Beim dritten Patienten waren häufig Suizidäusserungen gefal-

len, und der Patient hatte sich bei seiner Arbeit offensichtlich in Selbstschädigungsabsicht ungeschützt gefährlichen Dämpfen ausgesetzt.

Ferner fanden wir bei sieben anderen Patienten einen erneuten Selbstmordversuch; bei der erwähnten notorischen Suizidversuchpatientin mindestens deren vier bis fünf. Bei vier weiteren Patienten kamen Suizidäusserungen und Suiziddrohungen vor, bei sechs weiteren Patienten gelegentliche Suizidgedanken.

Ein wiederholter Suizidversuch schloss eine spätere günstige Entwicklung nicht aus. Wir haben zwei Fälle junger Patienten, die sechs resp. sieben Monate später ihren Suizidversuch mit gesteigerter Dosis wiederholten, von diesem zweiten Suizidversuch an aber eine günstige Entwicklung nahmen.

Zwei weitere Patienten, die 1963 bzw. 1965 erneut einen Suizidversuch machten, konnten 1970 in die Kategorie der relativ günstigen Entwicklungen eingereiht werden.

Unter den sechs Patienten mit ungünstiger Entwicklung finden wir eine Patientin, die 1970 einen erneuten Suizidversuch gemacht hat, ferner die schon erwähnte notorische Suizidversuchpatientin; bei einem Patienten kam es öfter zu Suizidäusserungen, zwei weitere hegen zeitweise Suizidgedanken, wovon einer in schwerem Ausmass.

Zu jener Patienten-Gruppe, bei welcher vor allem die Grundkrankheit den Verlauf bestimmte, gehört eine defektschizophrene Patientin, die 1½ Jahre später einen erneuten Suizidversuch beging, wobei sie dann einige Wochen psychiatrisch hospitalisiert wurde. Ein Patient mit Involutionsdepression, dem es vorerst unter antidepressiver Medikation gut gegangen war, beging 1965 zu Beginn einer erneuten depressiven Phase einen gefährlichen Suizidversuch, worauf auch er diesmal psychiatrisch hospitalisiert wurde und wieder gebessert entlassen werden konnte.

4. Psychiatrisch-diagnostische Klassifikation und soziale Herkunft aus katamnestischer Sicht

Wegen mangelnder diesbezüglicher Angaben in den Krankengeschichten der Medizinischen Klinik konnte in der Mehrzahl der Fälle erst durch die Nachuntersuchung die psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aus dem Vorerwähnten hat sich bereits ein gewisser Eindruck ergeben über die psychiatrisch-diagnostische Zusammensetzung unseres Patientengutes. Bei einer grossen Zahl von Patienten muss im Rückblick von damaligen Reifestörungen gesprochen werden, es folgen Persönlichkeits-eigenarten wie z. B. leichte Erregbarkeit und Verstimmbarkeit, hysterische Charakterstrukturen und neurotische Entwicklungen. In fünf Fällen lag eine endogene Psychose vor, in drei Fällen eine Toxikomanie.

22 von 74 uns diesbezüglich bekanntgewordenen Patienten stammen aus einem «Broken-Home» im engeren Sinne, indem sie entweder unehelich geboren worden sind, vor ihrem 15. Lebensjahr einen oder beide Elternteile durch Tod, Trennung oder Scheidung verloren

haben oder aus sonstigen Gründen an Pflegeplätzen aufgewachsen sind. Bei neun weiteren Patienten muss von einem Broken-Home im weiteren Sinne gesprochen werden, indem eine ausgesprochene schwere Persönlichkeitsabnormität eines oder beider Elternteile ungeachtet des äusserlich bestehen bleibenden Familienverbandes ungünstige Folgen für den Patienten mit sich brachte. Der Übergang zu seelisch leichter gestörten Elternpersönlichkeiten und diesbezüglich geringeren Schädigungen ist selbstverständlich fliessend, wobei anerkanntermassen keine einfache Beziehung besteht zwischen äusserem Elend und eigener seelischer Entwicklung.

Einer speziellen Diskussion bedürfte, weshalb sich in unseren Katamnesen gegenüber denen von P. B. Schneider (8), der unter anderem ja auch Suizidversuchpatienten der Medizinischen Klinik Lausanne nachuntersuchte, weniger Suizide und Wiederholungen von Suizidversuchen finden; wir glauben nicht, dass die längere Katamnesenzeit von 10 bis 18 Jahren allein ausschlaggebend ist. Schneider stellte nach 10 bis 18 Jahren neun Suizide auf 95 Patienten fest, wir hatten, wie erwähnt nach acht Jahren drei Suizide auf 78 Patienten zu verzeichnen. Es ist möglich, dass das Patientengut von Schneider prognostisch ungünstiger zusammengesetzt war, insbesondere könnte, wie Stengel (9) dazu bemerkt, eine Häufung von Alkoholikern die Suizidrate erhöht haben. Es ist aber auch nicht auszuschliessen, dass in den über zwanzig Jahren — 1962 gegenüber 1933—1940 — die veränderten sozialen Beziehungen und Einflüsse und die zunehmende Psychohygiene sich diesbezüglich günstig ausgewirkt hätten.

VI. Erwägung der Einflüsse auf den weiteren Verlauf

1. Echo in der Umgebung bei den günstigen Entwicklungen:

Wenn man sich zunächst fragt, was die beiden Gruppen der günstigen und ungünstigen Entwicklungen in bezug auf die damals erfolgenden sozialen Konsequenzen unterscheidet, so fällt auf, dass bei der Gruppe der späteren günstigen Entwicklungen der Eindruck, den der damalige Suizidversuch bei den Angehörigen hinterliess, und damit zusammenhängend deren Bemühungen um den Patienten ausgesprochen gross waren. Der Selbstmordversuch war von der Umgebung ernst genommen worden. Neben Fällen, wo durch den Suizidversuch die Entscheidung eines Ambivalenzkonfliktes vor allem innerseelisch gelang, überwiegen doch die Fälle, wo die Umgebung in völlig neuer Weise dem regredierten Patienten nun plötzlich fürsorgliche Hilfe zu einem neuen Start und zu besserer Lebensbewältigung leistete.

2. Fehlende Konflikterhellung und fehlende Einschaltung der Beziehungspersonen bei ungünstigem Verlauf:

Bei den Fällen mit ungünstigem Verlauf und schon bei denen mit nur relativ günstigem Verlauf zeigt sich, dass es sich gänzlich ungünstig auswirkt, Patienten ohne gründliche Konflikterhellung und ohne Beizug von Beziehungspersonen zu entlassen.

Wenn wir uns die Gruppe der ungünstigen Entwicklungen näher ansehen, so ist einmal festzustellen, dass die damaligen Suizidversuche nicht etwa gefährlicher waren als die der anderen Gruppen. — In einem Fall einer geschiedenen Frau blieb die Klärung der pathologischen Beziehung zu ihrem muttergebundenen Freund aus. Der vereinsamten Patientin hätte mit Kontaktvermittlung — eventuell durch Eingliederung in eine Aktivitätsgruppe — vermutlich wesentlich geholfen werden können. Diese Patientin wählte nicht etwa den Weg zu einem weiteren Selbstmordversuch, sie hätte nämlich auch niemanden gehabt, der darauf hätte reagieren können, sondern bei ihr kam es zu fortschreitendem psychosomatischem Kranksein. Diese Patientin ist heute vollinvalid. Sie braucht ständige ärztliche Behandlung und ist der Fürsorge anheimgefallen. — Zwei weitere Patientinnen, die sich ungünstig entwickelten, sind schwer neurotisch. Bei einer dieser zwei Patientinnen war offenbar nicht an die Möglichkeit einer psychiatrischen Behandlung gedacht worden, der andern Patientin war der Vorschlag gemacht worden, aber sie machte davon keinen Gebrauch. Die Einschaltung von Beziehungspersonen hätte eventuell den Druck, dass jemand — sei es die Patientin, seien es Angehörige — in Behandlung ginge und damit die Chance zur Veränderung des neurotischen Arrangements erhöht. — Bei einem weiteren Fall dieser Gruppe kam es zu keinerlei Konflikterhellung, wobei ein ausführliches Gespräch mit dem allerdings schwierigen und damals vorerst wohl abweisenden Patienten unter Einbeziehung der Hauptkonfliktperson im Minimum einsichtsfördernd gewesen wäre, und die weitere ungünstige Zuspitzung eventuell hätte verhindert werden können. — Vielleicht wäre auch bei der notorischen Suizidversuchpatientin eine eingehendere Konflikterhellung unter Einbeziehung der Mutter der Patientin damals, wo noch keine solchen ungünstigen Fixationen bestanden wie heute, hilfreich gewesen. — Der weitere Verlauf bei einem süchtigen Patienten zeigte, dass ihm wohl am meisten geholfen worden wäre, wenn man den damaligen Suizidversuch zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik zur eingehenden Abklärung und wenigstens kurzfristigen Entziehungskur benützt hätte.

3. Schilderung der drei Fälle, die mit Suizid endeten:

In allen drei Fällen waren weitere Appelle an die Umgebung vorausgegangen:

Eine geschiedene Patientin hätte gerne ihren damaligen Freund geheiratet. Schon der erste 1962 mit 31 Jahren unternommene Suizidversuch stand in diesem Zusammenhang. Im damaligen Gespräch mit dem Abteilungsarzt der Medizinischen Klinik war die Patientin schnippisch abweisend, bagatellisierend gewesen. Zweieinhalb Monate später wurde sie tief komatös mit einem zweiten Suizidversuch eingeliefert, wobei sie den Aerzten gegenüber wiederum bagatellierte. Diesmal kam es zu einem psychiatrischen Konsilium, eine weitergehende Behandlung kam aber nicht zustande. Mit dem Freund war — vermutlich hätte sich die Patientin auch dagegen gewehrt — nicht gesprochen worden, ebenso nicht mit Angehörigen, 15 Monate nach dem

zweiten Suizidversuch kam es zu einem dritten Suizidversuch, nachdem die Patientin wiederholt Suizidabsichten geäußert hatte. Die Patientin hatte ihrem Freund in einem Telegramm mitgeteilt, sie würde jetzt Tabletten einnehmen, er könne dann ihren toten Körper besichtigen, worauf die Patientin, nachdem die avisierte Polizei die Wohnung aufgebrochen hatte, ins Kantonsspital eingeliefert wurde. Die unflätig alle Aerzte und Schwestern beschimpfende Patientin wurde anschliessend an die internistische Abklärung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, wo es am dritten Tag zu einem eindeutig appellativen weiteren Suizidversuch kam, der der Patientin aber entglitt und tödlich endete. Der bereits den ersten Suizidversuch motivierende Konflikt mit dem Freund hatte keine Lösung gefunden. Hätte vielleicht eine bei den ersten Suizidversuchen erfolgte Einbeziehung des Freundes etwas am weiteren Verlauf ändern können?

Im Fall einer 1962 39jährigen Frau spielte eine Hauptrolle, dass es zwischen der Patientin und ihrem beruflich immer höher aufsteigenden Ehemann, der eine Freundin hatte, zu einer zunehmenden inneren Entfremdung gekommen war, die Patientin sich aber nicht zum Entschluss Scheidung oder Anpassung durchringen konnte, sondern einer Entscheidung auswich. Beim ersten Suizidversuch wurde wohl das Motiv — eheliches Chaos — angegeben, da die Patientin aber scheinbar ruhig und vernünftig vorgab, ihr Vorgehen zu bereuen und nach Hause drängte, wurde sie ohne psychiatrisches Konsilium und ohne weitere Behandlung nach einem Tag nach Hause entlassen. Dreieinhalb Jahre später kam es zu einem erneuten Suizidversuch, bei dem die Patientin ambulant — es war in einem andern Kanton — behandelt wurde. Es scheint wohl zu einem einmaligen, kurzen psychiatrischen Konsilium gekommen zu sein, wobei es aber, wie man auf Grund der Krankengeschichte schliessen muss, wiederum nicht zu einem affektiv aufwühlenden kathartischen Gespräch kam. Zweieinhalb Monate später unternahm sie einen weiteren, jetzt gefährlicheren Suizidversuch, bei dem eine Rettung aber immer noch möglich gewesen wäre, wenn zum Beispiel der ebenfalls anwesende Ehemann nur Nachschau gehalten hätte nach seiner Frau.

Im Fall eines 17jährigen ist die Beurteilung schwierig, da es neben vermutlich psychopathischen und massiv neurotischen Zügen 1962 zu einer schweren CO-Vergiftung kam, die wahrscheinlich eine Verschärfung der bereits vorbestehenden Charakterschwierigkeiten bewirkte. Ungünstig war sicher auch in diesem Fall, dass der Patient nach seinem schweren Suizidversuch — der in einem andern Kanton wohnende Vater holte ihn in die Familie zurück — ohne Konflikterhellung bereits am nächsten Tag nach Hause entlassen wurde. Ungünstig deshalb, weil es damals vermutlich noch eher möglich gewesen wäre, psychotherapeutisch den Patienten zu beeinflussen, als dies dann bei einer dreieinhalb Jahre später wegen eines pathologischen Rausches erfolgenden psychiatrischen Hospitalisation möglich war. Zum Suizid — der Patient warf sich vor einen Zug — kam es in diesem Fall nach eingehender Vorbereitung, wobei der Patient aber in den Tagen und Stunden vorher viele Bemerkungen fallenliess, aus denen seine Suizidabsichten hervorgingen. Eine wichtige Rolle spielte in diesem Fall auch, dass der Patient, dessen Hauptkonflikt in der ambivalenten Beziehung zu seinem strengen, triebfeindlichen Vater und — introjiziert — zum strengen Ueber-Ich bestand, in den Wochen vor dem Suizid eine langbestehende, von seinen Eltern aber ungern gesehene Liebschaft aufgegeben

hatte, worauf er vereinsamte. Zugleich war er von seinen Angehörigen getrennt, die Kommunikation war herabgesetzt und missverständlich, eine Gratifikation oder Kompensation des Triebverzichtes erfolgte nicht. Am Abend seines 21. Geburtstages, nachdem eine von ihm vermutlich immer noch erhoffte Aenderung ausgeblieben war, kam es zum Suizid.

VII. Folgerungen für die Behandlung auf Grund unserer Katamnesen

1. Entscheidend wichtig ist eine eingehende Untersuchung durch das Gespräch. Bereits einige wenige Fragen nach dem Anlass, der Vorbereitung und dem genauen Ablauf der Suizidhandlung ergeben wichtige Hinweise zur Psychodynamik, zur psychiatrischen Diagnose und zur Gefährlichkeit der vorliegenden Suizidimpulse; und vor allem wird rasch das Beziehungsgefüge des Patienten klar. Viele Suizidversuchpatienten schliessen sich unmittelbar nach ihrer Suizidhandlung gut auf. Der Patient muss die ihn bedrängenden Probleme kathartisch verbalisieren können. Gelingt es nicht, den Patienten zum Sprechen zu bringen, weicht er aus oder bagatellisiert er, so muss dies zur Vorsicht mahnen.

2. Eine solche Untersuchung und Konflikterhellung ist nicht etwa nur dem Psychiater vorbehalten; sie gelingt auch Aerzten, die z. B. in einer «Balint-Gruppe» entsprechend geschult wurden.

3. Der scheinbar grosse Zeitaufwand für eine eingehende Exploration solcher Patienten und für das Gespräch mit Angehörigen wird mehr als wettgemacht dadurch, dass klar wird, wer eine weitere Behandlung braucht und wer den Angehörigen übergeben werden kann.

4. Zeigt sich ein Verdacht auf eine endogene Psychose, so ist vorsichtig zu verfahren. Häufig ist dann nicht nur wegen der bei endogenen Psychosen grösseren Suizidgefahr, sondern auch wegen der günstigeren Behandlungsmöglichkeiten — oder auch nur zur eingehenden Abklärung — eine psychiatrische Hospitalisation angezeigt. Bereits einmal hospitalisiert gewesene Schizophrenen oder endogen Depressive finden in Zeiten der Not leichter den Weg zu einer Behandlung. — Bei Süchtigen sollte der Suizidversuch benützt werden, um eine, wenn eventuell auch nur kurzfristige Entziehungskur zu erreichen.

5. Wenn eindeutig ist, dass eine Konflikterhellung nötig ist, so muss doch in Rechnung gestellt werden, dass Suizidversuchpatienten häufig Menschen sind, denen Introspektion und Reflexion wenig liegen. Was meist unbewusst im Kampf zwischen der gegen sich selber gerichteten Aggression und den Selbsterhaltungstendenzen gesucht wird, ist ja eine konkrete äussere Veränderung der jeweiligen Lebenssituation. Diese Menschen stehen in einer mitmenschlichen Beziehungsschwierigkeit; viele wollen vor allem mehr Anteilnahme, mehr Verständnis, mehr Liebe und nicht Introspektion. Es ist altbekannt, dass bei Suizidversuchpatienten sich selten analytische Psychotherapien anschliessen; die Patienten bleiben häufig

aus. Um so wichtiger ist bei vielen die Einbeziehung der Angehörigen. Es erscheint wenig sinnvoll, von vornherein alle Suizidversuchpatienten einer psychiatrischen Poliklinik oder einer andern dafür spezialisierten Behandlungsstelle zuzuweisen, wenn in vielen Fällen die Angehörigen die Hauptlast der Betreuung gerne und mit bestem Erfolg tragen können.

6. Wichtig erscheint uns, den Angehörigen den Suizidversuch als unbewusstes Alarmsignal und Hilfeschrei zu erklären und sie auf die jeweilige Not des Patienten aufmerksam zu machen. Ebenso wichtig ist es, die Angehörigen, ohne sie zu kränken, einsehen zu lassen, wo sie Fehler machen. Zweckmässig wird sein, die Angehörigen, die man in der Verantwortung für den Patienten stärkt, darauf hinzuweisen, dass sie — wie der Patient — bei Schwierigkeiten jederzeit die Dienste eines frei praktizierenden Psychiaters oder der Psychiatrischen Poliklinik in Anspruch nehmen könnten.

7. Wir glauben, dass es sich in jeder Beziehung lohnt, Suizidversuchpatienten zu behandeln, wobei wir mit Behandlung vor allem meinen, dass eine eingehende Abklärung erfolgen sollte, auf Grund derer der Versuch einer günstigeren Weichenstellung unternommen werden kann. Wir betrachten auch «Suizidversuchpatienten ohne eigentliche Suizidtendenz» (2), d. h. ohne eigentliche Selbsttötungsabsicht, als Menschen, die mit dieser Handlung signalisieren, dass eine Aenderung in ihren Lebensumständen nötig ist. Geschieht bei diesen Patienten nichts, so ist vielleicht weniger ein erneuter gefährlicher Suizidversuch oder gar ein Suizid zu befürchten, als ein weiteres Hineingleiten in eine ungünstige seelische Entwicklung mit oder ohne körperliche Beschwerden, die bis zur Invalidität gehen kann.

VIII. Zusammenfassung

Es wurde allen in den Monaten Januar bis April 1962 auf der Medizinischen Klinik des Kantonsspitals Zürich hospitalisiert gewesenen Suizidversuchpatienten, die damals nicht anschliessend psychiatrisch hospitalisiert, sondern von dieser internistischen Klinik direkt entlassen wurden, katamnestisch nachgegangen. Unter 78 Patienten fanden sich in diesen acht Jahren drei Suizide, und in acht Fällen kam es zu einem weiteren Suizidversuch.

Die sich glücklicherweise immer mehr durchsetzende Auffassung, dass bei ausbleibendem Echo und fehlender innerseelischer oder Umweltsveränderung weitere gefährlichere Suizidversuche oder gar Suizide folgen können, wird unterstrichen. Aendert sich nach einem Suizidversuch nichts, so sind aber auch andere ungünstige Entwicklungen möglich. — Als entscheidend wichtig — und bei allen günstigen Verläufen zu beobachten — stellte sich die von den nächsten Beziehungspersonen dem durch den Suizidversuch regredierte Patienten geleistete Unterstützung oder Nachsicht heraus, wobei diese Starthilfe oft nur kurze Zeit nötig war und kaum je ungerechtfertigt ausgenützt wurde. — Die Zahl der heute gesunden und in reifen menschlichen Beziehungen stehenden ehemaligen Suizidversuchpatienten, denen da-

mals keine solch günstige Prognose gestellt worden wäre, ist erstaunlich hoch. Bei rund der Hälfte aller Suizidversuchpatienten unseres Krankengutes blieb der 1962 erfolgte Suizidversuch eine einmalige, aber entscheidende Episode in ihrem Leben. — Es werden noch einige Ueberlegungen zu einem möglichst adäquaten Umgehen mit Suizidversuchpatienten angeführt.

Résumé

Des recherches catamnestiques ont été réalisées sur des malades hospitalisés pour tentative de suicide entre janvier et avril 1962 à la Clinique universitaire médicale de l'Hôpital cantonal de Zurich, n'ayant pas séjourné dans une clinique psychiatrique, mais réhabilités directement. Parmi 78 patients on a pu remarquer dans les huit dernières années trois suicides et huit tentatives de suicide. On peut confirmer que si l'entourage ne réagit pas favorablement à la suite d'une tentative, il est possible que d'autres actes auto-agressifs ou même suicides puissent suivre. En outre d'autres conséquences fâcheuses sont à redouter. On a observé dans les cas favorables que les personnes les plus proches du suicidant lui ont fourni un soutien et lui ont montré de l'indulgence. Cet appui, sans être excessif, était nécessaire pour faciliter un nouveau départ dans la vie. On est surpris de constater le grand nombre de personnes actuellement saines physiquement et bien adaptées. Dans environ 50 % des cas la tentative de suicide de 1962 est restée un événement unique, mais décisif. — On a essayé de tirer quelques

conclusions sur le traitement des patients qui ont fait une tentative de suicide.

Literatur

1. Brunner R.: Soz.-med. Aspekte des Selbstmordes. Praxis 57, 231, 1968.
2. Hausmann Ch., Albert R., Kayser H.: Suizidversuch. Psychiatr. Untersuchungen bei 820 Frauen. Dtsch. med. Wschr. 40, 1883, 1968.
3. Linden K. J.: Der Suizidversuch, Versuch einer Situationsanalyse. Forum der Psychiatrie 25, F.-Enke-Verlag, Stuttgart, 1969.
4. Padrutt H.: Die Abschätzung der Suizidalität, Ueberprüfung der prakt. Brauchbarkeit einer Risikoliste (W. Pöldinger) zur Abschätzung der Suizidalität, Praxis 59, 403, 1970.
5. Pöldinger W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Hans-Huber-Verlag, Bern, 1968.
6. Ringel E.: Neue Gesichtspunkte zum präsuizidalen Syndrom. In: E. Ringel (Herausgeber), «Selbstmordverhütung». Hans-Huber-Verlag, Bern, 1969.
7. Rüegsegger P.: Selbstmordversuche. Psychiat. Neurolog. (Basel) 146, 81, 1963.
8. Schneider P. B.: La tentative de suicide. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1954.
9. Stengel E.: Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. In: E. Ringel (Herausgeber), «Selbstmordverhütung». Hans-Huber-Verlag, Bern, 1969.

Adresse des Autors: Dr. T. Hofmann, Oberarzt, Stationäre Behandlungsabteilung der Psychiatrischen Poliklinik, Kantonsspital, 8400 Winterthur.

Curriculum vitae

Ich wurde am 4. Mai 1936 in Bülach geboren; aufgewachsen bin ich in der Stadt Zürich, wo ich nach der Primarschule das kantonale Realgymnasium besuchte und 1955 die Maturitätsprüfung ablegte. In der Folge studierte ich Medizin an der Universität Zürich. Ein Auslandsemester verbrachte ich in Paris. Im Herbst 1961 schloss ich mit dem Staatsexamen ab. Nach Praxisvertretungen und einer ersten kurzfristigen Tätigkeit an der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli Zürich absolvierte ich meine internistische Ausbildung an der Chronisch-therapeutischen Abteilung des Stadtspitals Waid in Zürich unter Chefarzt Dr. med. J. Schmied. Nach klinisch-psychiatrischen Jahren am Burghölzli unter Herrn Professor M. Bleuler wechselte ich an die Psychiatrische Universitätspoliklinik zu Herrn Professor H. Kind. Während eines Jahres war ich an der stationären Behandlungsabteilung der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals Zürich tätig. Seit Januar 1968 arbeite ich an der Psychiatrischen Poliklinik Winterthur (leitender Arzt Dr. med. R. Furger). Seit Oktober 1968 bin ich als Oberarzt der psychotherapeutischen Station der Psychiatrischen Poliklinik in Winterthur tätig.

Herrn Professor H. Kind, unter dessen Leitung die vorliegende Arbeit entstand, danke ich herzlich für seine wertvollen Anregungen und Ratschläge.

